

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-720702

134750

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAJJI Rajaa
 Date de naissance : 14-4-62
 Adresse : Set 5, Résidence T. Publiques Hay Riad 20000 APT 2 KASBAT
 Tél. : 063721704 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEZAD Zahra
Rhumatologue
Rééducation Médicale
5, Rue Benzene - Rabat
Tél. : 05 37 20 03

Date de consultation : 05 AOÛT 2022
 Nom et prénom du malade : EL HAJJI Rajaa Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RHUMATOLOGIE
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-720702


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

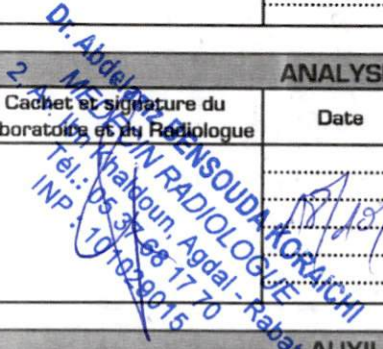
Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

ACCUEIL
26 OCT. 2022

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15 OCT 2022		cs	300,00	
21 OCT 2022		C	300,00	

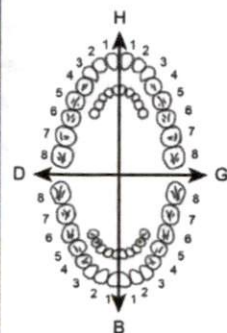
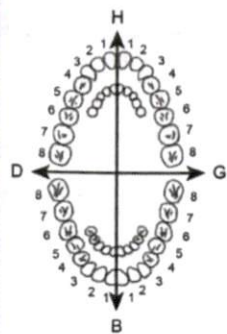
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/10/22	2,15	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Zahra BEZAD

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os

Des Muscles et des Articulations

Diplômée de la Faculté de Paris

Echographie ostéo-articulaire

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Médecin Podologue

Rééducation Médicale



الدكتورة زهرة بزاد

اختصاصية في أمراض المفاصل و العظام

العضلات و العمود الفقري

خريجة كلية الطب بباريس

الفحص بالصدى

خبيرة مقبولة لدى المحاكم

مختصة في أمراض الرجل

Rabat, le في الرباط،

05 AOUT 2022

ELHAJJI RAJAA

Rx genou Dr F/p

RC
Smolgi

Dr. Abdelaziz BENSOU DA KORAICHI
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 17 70
INP: 101029015

Dr. BEZAD Zahra
Rhumatologue
Rééducation Médicale
5 Rue Benzerte - Rabat
Tél. 05 37 20 03

INPE : 101033397 - IF : 34155515 - ICE : 001919840000053

5, زقة بنزرت (ساحة بيتري) - الرباط - الهاتف : 05 37 72 20 03

5, Rue Benzerte (Place Pietri) - Rabat - Tél. : 05 37 72 20 03



مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

IRM

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEODENSITOMETRIE

FACTURE

Patient(e) : RAJAA EL HAJJI

Date : 18/10/2022

N° Facture : 9041 /22

Assurance/Association: Aucune

NATURE DE L'EXAMEN

PRIX (DH)

2 GENOUX F/P

400.00

Montant Total : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre Cents Dirhams .

Dr. Abdelaziz BENSUDA KORAICHI
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 17 70
INP : 101029015



IRM

مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEO-DENSITOMETRIE

Rabat, le 18/10/2022

Nom: MME EL HAJJI

Prénom: RAJAA

Examen Réalisé: Radio Genoux (FP)..

COMPTE RENDU

- Intégrité de la structure ostéo articulaire des deux genoux.

Dr. Abdelaziz BENSOUDA KORAICHI
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 17 70
INP : 101029015